

Introducción

¿Dónde Esta Disponible Central Health Medicare Plan (HMO) o Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP)?

El área de servicio para **CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN (HMO)** incluye los siguientes condados: Los Condados de Los Ángeles, Orange*, y San Bernardino*, CA. Usted tiene que vivir en una de estas áreas para ser parte del plan.

El área de servicio para **CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN (HMO SNP)** incluye los siguientes condados: Los Condados de Los Ángeles y San Bernardino*, CA. Usted tiene que vivir en una de estas áreas para ser parte del plan.

*significa condado parcial

Condado de Los Ángeles – Todos los códigos postales

90001	90002	90003	90004	90005	90006	90007	90008	90009
90010	90011	90012	90013	90014	90015	90016	90017	90018
90019	90020	90021	90022	90023	90024	90025	90026	90027
90028	90029	90030	90031	90032	90033	90034	90035	90036
90037	90038	90039	90040	90041	90042	90043	90044	90045
90046	90047	90048	90049	90050	90051	90052	90053	90054
90055	90056	90057	90058	90059	90060	90061	90062	90063
90064	90065	90066	90067	90068	90069	90070	90071	90072
90073	90074	90075	90076	90077	90078	90079	90080	90081
90082	90083	90084	90086	90087	90088	90089	90090	90091
90093	90094	90095	90096	90097	90099	90101	90102	90103
90174	90185	90189	90198	90201	90202	90209	90210	90211
90212	90213	90220	90221	90222	90223	90224	90230	90231
90232	90233	90239	90240	90241	90242	90245	90247	90248
90249	90250	90251	90254	90255	90260	90261	90262	90263
90264	90265	90266	90267	90270	90272	90274	90275	90277
90278	90280	90290	90291	90292	90293	90294	90295	90296
90301	90302	90303	90304	90305	90306	90307	90308	90309
90310	90311	90312	90313	90397	90398	90401	90402	90403
90404	90405	90406	90407	90408	90409	90410	90411	90501
90502	90503	90504	90505	90506	90507	90508	90509	90510
90601	90602	90603	90604	90605	90606	90607	90608	90609
90610	90612	90623	90630	90631	90637	90638	90639	90640
90650	90651	90652	90659	90660	90661	90662	90665	90670
90671	90701	90702	90703	90704	90706	90707	90710	90711
90712	90713	90714	90715	90716	90717	90723	90731	90732
90733	90734	90744	90745	90746	90747	90748	90749	90755
90801	90802	90803	90804	90805	90806	90807	90808	90809
90810	90813	90814	90815	90822	90831	90832	90833	90834

Sección I

90835	90840	90842	90844	90845	90846	90847	90848	90853
90888	90895	90899	91001	91003	91006	91007	91008	91009
91010	91011	91012	91016	91017	91020	91021	91023	91024
91025	91030	91031	91040	91041	91042	91043	91046	91050
91051	91066	91077	91101	91102	91103	91104	91105	91106
91107	91108	91109	91110	91114	91115	91116	91117	91118
91121	91123	91124	91125	91126	91129	91131	91175	91182
91184	91185	91186	91187	91188	91189	91191	91199	91201
91202	91203	91204	91205	91206	91207	91208	91209	91210
91214	91221	91222	91224	91225	91226	91301	91302	91303
91304	91305	91306	91307	91308	91309	91310	91311	91312
91313	91316	91321	91322	91324	91325	91326	91327	91328
91329	91330	91331	91333	91334	91335	91337	91340	91341
91342	91343	91344	91345	91346	91350	91351	91352	91353
91354	91355	91356	91357	91361	91362	91363	91364	91365
91367	91371	91372	91376	91380	91381	91382	91383	91384
91385	91386	91387	91388	91390	91392	91393	91394	91395
91396	91399	91401	91402	91403	91404	91405	91406	91407
91408	91409	91410	91411	91412	91413	91416	91423	91426
91436	91470	91482	91495	91496	91497	91499	91501	91502
91503	91504	91505	91506	91507	91508	91510	91521	91522
91523	91526	91601	91602	91603	91604	91605	91606	91607
91608	91609	91610	91611	91612	91614	91615	91616	91617
91618	91702	91706	91709	91711	91714	91715	91716	91722
91723	91724	91731	91732	91733	91734	91735	91740	91741
91744	91745	91746	91747	91748	91749	91750	91754	91755
91756	91765	91766	91767	91768	91769	91770	91771	91772
91773	91775	91776	91778	91780	91788	91789	91790	91791
91792	91793	91795	91797	91799	91801	91802	91803	91804
91841	91896	91899	93243	93510	93532	93534	93535	93536
93539	93543	93544	93550	93551	93552	93553	93560	93563
93584	93586	93590	93591	93599	-----	-----	-----	-----

Introducción

*Condado de San Bernardino – Cobertura de Condado Parcial por los siguientes Códigos Postales solamente

91701	91708	91709	91710	91729	91730	91737	91739	91743
91758	91761	91762	91763	91764	91766	91784	91785	91786
91798	92313	92316	92318	92324	92331	92334	92335	92336
92337	92346	92350	92354	92357	92369	92374	92375	92376
92377	92401	92402	92403	92404	92405	92406	92408	92410
92411	92412	92413	92415	92416	92418	92420	92423	-----

*Condado de Orange – Cobertura de Condado Parcial por los siguientes Códigos Postales solamente

90620	90621	90622	90623	90624	90630	90631	90632	90633
90638	90680	90720	90721	90740	90742	90743	92602	92603
92604	92605	92606	92612	92614	92615	92616	92617	92618
92619	92620	92623	92626	92627	92628	92646	92647	92648
92649	92650	92655	92683	92684	92685	92697	92701	92702
92703	92704	92705	92706	92707	92708	92711	92712	92725
92728	92735	92780	92781	92782	92799	92801	92802	92803
92804	92805	92806	92807	92808	92809	92811	92812	92814
92815	92816	92817	92821	92822	92823	92825	92831	92832
92833	92834	92835	92836	92837	92838	92840	92841	92842
92843	92844	92845	92846	92850	92856	92857	92859	92861
92862	92863	92864	92865	92866	92867	92868	92869	92870
92871	92885	92886	92887	92899	-----	-----	-----	-----

Hay más de un plan que se menciona en este Resumen de Beneficios. Si usted está inscrito en un plan y desea cambiarse a otro plan, puede hacerlo solamente durante cierto tiempo del año. Por favor llame al Departamento de Servicio al Miembro para más información.

¿Quién Es Elegible Para Participar en Central Health Medicare Plan (HMO) o Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP)?

Usted puede ser parte de CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN (HMO) si usted tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, individuos con la Enfermedad Renal en su Fase Final (ESRD, por sus siglas en inglés) no son elegibles para inscribirse en Central Health Medicare Plan (HMO) a menos que ellos son miembros actuales de esta organización y han sido atendidos desde el comienzo de su diálisis.

Usted puede ser parte de CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN (HMO SNP) si usted tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B y vive en el área de servicio. Sin embargo, individuos con la Enfermedad Renal en su Fase Final no son elegibles para inscribirse en Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP) a menos que ellos son miembros actuales de esta organización y han sido atendidos desde el comienzo de su diálisis. Usted también debe recibir asistencia médica del estado para unirse a este plan. Favor de comunicarse con nuestro plan para ver si es elegible para unirse al plan.

¿Puedo Elegir A Mis Doctores?

Central Health Medicare Plan (HMO) y Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP) han formado una red de doctores, especialistas, y hospitales. Usted solo puede utilizar doctores que son parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier tiempo.

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>\$0 prima mensual del plan además de su prima mensual de Medicare Parte B.</p> <p>La mayoría de las personas pagaran la prima estándar de la Parte B en adición a su prima de su plan MA. Pero algunas personas pagaran primas más altas de la Parte B y Parte D dado a sus ingresos anuales (arriba de \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para personas casadas). Para más información acerca de las primas de la Parte B y Parte D que son basadas en el ingreso, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted también puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p>En-la-Red</p> <p>Limite de \$3,400 fuera de su bolsillo para servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>*Dependiendo en su nivel de elegibilidad de Medicaid, tal vez no tenga cualquiera responsabilidad de costo compartido para servicios de Medicare Original.</p> <p>**Favor de consultar con su plan acerca del costo compartido cuando recibe servicios de los médicos fuera del área de servicio.</p> <p>\$30.86 prima mensual del plan además de su prima mensual de Medicare Parte B.*</p> <p>En-la-Red</p> <p>En este plan usted no tendrá responsabilidad de costo compartido para servicios cubiertos por Medicare.</p>
<p>En-la-Red</p> <p>Usted tiene que ir con doctores, especialistas, y hospitales En-la-Red.</p> <p>Usted necesita ser referido a un hospital En-la-Red y especialistas (para ciertos servicios).</p>	<p>En-la-Red</p> <p>Usted tiene que ir con doctores, especialistas, y hospitales En-la-Red.</p> <p>Usted necesita ser referido a hospitales, y especialistas En-la-Red (para ciertos beneficios).</p>

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>En-la-Red</p> <p>No hay límite de días cubiertos por el plan por cada estadía en el hospital.</p> <p>\$0 co-pago</p> <p>Excepto en una emergencia, su doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido a un hospital.</p>	<p>En-la-Red</p> <p>No hay límite de días cubiertos por el plan por cada estadía en el hospital.</p> <p>\$0 co-pago</p> <p>Excepto en una emergencia, su doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido a un hospital</p>
<p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago</p> <p>Usted recibe hasta 190 días de cuidado interno en el hospital psiquiátrico en su vida. Los servicios internos en el hospital psiquiátrico cuentan hacia la limitación de 190 días en su vida solo si ciertas condiciones son cumplidas. Esta limitación no aplica hacia los servicios internos psiquiátricos hechos en un hospital general.</p> <p>Excepto en una emergencia, su doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido a un hospital.</p>	<p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago</p> <p>Usted recibe hasta 190 días de cuidado interno en el hospital psiquiátrico en su vida. Los servicios internos en el hospital psiquiátrico cuentan hacia la limitación de 190 días en su vida solo si ciertas condiciones son cumplidas. Esta limitación no aplica hacia los servicios internos psiquiátricos hechos en un hospital general.</p> <p>Excepto en una emergencia, su doctor debe notificar al plan que usted va a ser admitido a un hospital.</p>

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada periodo de beneficio.</p> <p>No se requiere una estadía previa en el hospital.</p> <p>For Medicare-covered SNF stays:</p> <p>Días 1 – 14: \$0 co-pago por día Días 15 – 60: \$75 co-pago por día Días 61 – 100: \$0 co-pago por día</p> <p>Limite de \$3,400 fuera de su bolsillo cada año.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada periodo de beneficio.</p> <p>No se requiere una estadía previa en el hospital.</p> <p>\$0 co-pago por servicios de enfermería especializada</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare.*</p>
<p>General</p> <p>Usted tiene que recibir cuidado en un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagara por la visita consultiva antes de que seleccione el hospicio.</p>	<p>General</p> <p>Usted tiene que recibir cuidado en un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagara por la visita consultiva antes de que seleccione el hospicio.</p>

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas con el doctor de atención primaria para beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 co-pago por cada visita dentro del área, dentro de la red por servicios de urgencia, cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 co-pago por visitas con el especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas con el doctor de atención primaria para beneficios cubiertos por Medicare.*</p> <p>\$0 co-pago por cada visita dentro del área, dentro de la red por servicios de urgencia, cubierto por Medicare.*</p> <p>\$0 co-pago por visitas con el especialista para beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago para visitas cubiertas por Medicare</p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son por manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (una articulación desalineada o una parte del cuerpo) provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago para visitas cubiertas por Medicare*</p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son por manipulación manual de la columna para corregir la subluxación (una articulación desalineada o una parte del cuerpo) provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados.</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
10. Servicios de Podiatría	<p>Cuidado de rutina suplemental no esta cubierto.</p> <p>0% o 20% co-seguro para el cuidado de los pies médicamente necesario, incluyendo cuidado para condiciones médicas que afectan la parte inferior de las extremidades.</p>
11. Cuidado de Salud Mental para el Paciente Externo	<p>0% o 40% co-seguro por la mayoría de servicios para el cuidado de salud mental para el paciente externo.</p> <p>Co-pago específico para servicios del programa de hospitalización parcial para el paciente externo hechos por un hospital o centro de salud mental comunitario (CMHC). El co-pago no puede exceder el deducible de la Parte A del hospital para el paciente interno.</p> <p>Co-seguro de 0% o 40% de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que usted recibe de un profesional calificado como parte de un Programa de Hospitalización Parcial.</p> <p>“Programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado para el tratamiento psiquiátrico para el paciente externo activo que es mas intenso que el cuidado recibido en la oficina de su medico o terapeuta y es un alternativo a la hospitalización para el paciente interno.</p>
12. Cuidado por Abuso de Sustancias para el Paciente Externo	0% o 20% co-seguro

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por beneficios cubiertos por Medicare para Podiatría.</p> <p>Los beneficios de Podiatría cubiertos por Medicare son por cuidado de los pies médicamente necesarios.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por beneficios cubiertos por Medicare para Podiatría.*</p> <p>Los beneficios de Podiatría cubiertos por Medicare son por cuidado de los pies médicamente necesarios.</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare por cada terapia individual.</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare por cada terapia en grupo.</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare de terapia individual con un psiquiatra</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare de terapia en grupo con un psiquiatra</p> <p>\$10 co-pago para servicios cubiertos por Medicare del programa de hospitalización parcial</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubierta por Medicare de Salud Mental.*</p> <p>\$0 pago para servicios cubiertos por Medicare del programa de hospitalización parcial*</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare por cada terapia individual.</p> <p>\$5 co-pago por cada visita cubierta por Medicare por cada terapia en grupo.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubierta por Medicare.*</p>

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>\$0 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes externos.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio.*</p> <p>\$0 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario para pacientes externos.*</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$50 co-pago por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>
<p>General</p> <p>\$65 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a una sala de emergencia.</p> <p>Cobertura mundial – límite de \$50,000 por servicios de emergencia fuera de EE. UU. cada año.</p> <p>Si usted es admitido/a al hospital dentro de 24 horas de su visita por la misma condición, usted paga \$0 por la visita a la sala de emergencia.</p>	<p>General</p> <p>\$0 co-pago por cada visita cubierta por Medicare a una sala de emergencia.*</p> <p>Cobertura mundial – límite de \$50,000 por servicios de emergencia fuera de EE. UU. cada año.</p>
<p>General</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de cuidado urgentemente necesario.</p>	<p>General</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de cuidado urgentemente necesario*</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
17. Servicios de Rehabilitación para el Paciente Externo (Terapia Ocupacional, Terapia Física y Terapia del Habla y del Lenguaje)	0% o 20% co-seguro

SERVICIOS Y EQUIPOS PARA EL PACIENTE EXTERNO

18. Equipo Medico Durable (Incluye silla de ruedas, oxigeno, etc.)	0% o 20% co-seguro
19. Prótesis (Incluye refuerzos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	0% o 20% co-seguro

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de Terapia Ocupacional.</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de Terapia Ocupacional.*</p> <p>\$0 co-pago por visitas cubiertas por Medicare de Terapia Física y/o Terapia del Habla/Lenguaje.*</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>0% - 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por artículos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>0% - 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por artículos cubiertos por Medicare.*</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
20. Programas y Suplementos Diabéticos	<p>0% o 20% co-seguro para el entrenamiento para el control de la diabetes</p> <p>0% o 20% co-seguro para suplementos diabéticos</p> <p>0% o 20% co-seguro para zapatos terapéuticos o insertos para los diabéticos</p>
21. Exámenes Diagnósticos, Rayos-X, Servicios de Laboratorio, y Servicios de Radiología	<p>0% o 20% co-seguro por exámenes diagnósticos y rayos-X.</p> <p>\$0 co-pago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de Laboratorio: Medicare cubre servicios diagnósticos de laboratorio si son médicamente necesarios y que han sido ordenados por el doctor que lo está atendiendo y que son proveídos por el Laboratorio Clínico de Enmiendas de Mejoramiento (CLIA por sus siglas en Ingles), un laboratorio certificado que participa en Medicare. Los servicios del laboratorio diagnósticos son hechos para ayudar a su doctor a diagnosticar o rechazar una enfermedad o condición sospechada. Medicare no cubre la mayoría de exámenes de detección de rutina suplementales como revisar su colesterol.</p> <p>0% o 20% co-seguro para el examen rectal digital y otros servicios relacionados.</p> <p>Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare arriba de 50 años de edad.</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
24. Enfermedad Renal y Condiciones	<p>0% o 20% co-seguro para diálisis renal.</p> <p>0% o 20% co-seguro para los servicios de educación para la enfermedad renal.</p>
25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos bajo Medicare Original. Usted puede agregar cobertura de medicamentos recetados al plan de Medicare Original inscribiéndose en un Plan de Medicare con Medicamentos Recetados, o usted puede obtener toda su cobertura de Medicare, incluyendo cobertura de medicamentos recetados, por ingresar en un Plan de Medicare Advantage o un Plan de Costo de Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>Farmacia de Orden por Correo</p> <p>Nivel 1: Medicamentos Genéricos Preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 co-pago por un-mes (30 días) suministro de medicamentos en este nivel • \$0 co-pago por tres-meses (90 días) suministro de medicamentos en este nivel <p>Nivel 2: Medicamentos Genéricos que No son Preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 co-pago por un-mes (30 días) suministro de medicamentos en este nivel • \$10 co-pago por tres-meses (90 días) suministro de medicamentos en este nivel <p>Nivel 3: Marca Preferida</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$25 co-pago por un-mes (30 días) suministro de medicamentos en este nivel • \$50 co-pago por tres-meses (90 días) suministro de medicamentos en este nivel <p>Nivel 4: Medicamentos de Marca que No son Preferidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$50 co-pago por un-mes (30 días) suministro de medicamentos en este nivel • \$100 co-pago por tres-meses (90 días) suministro de medicamentos en este nivel <p>Nivel 5: Medicamentos Especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> • 33% co-seguro por un-mes (30 días) suministro de medicamentos en este nivel • 33% co-seguro por tres-meses (90 días) suministro de medicamentos en este nivel <p>No todos los medicamentos en este nivel son disponibles hacia el suplemento diario extendido. Favor de ponerse en contacto con el plan para más información.</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
<p>25. Medicamentos Recetados Para el Paciente Externo</p> <p>(continua)</p>	

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>Usted no será reembolsado por la diferencia entre el cobro de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad que es permitida por el plan Dentro de la Red.</p> <p>Cobertura Catastrófica Fuera-de-la-Red</p> <p>Después que su costo total anual de medicamentos alcance \$4,700 usted será reembolsado /a por los medicamentos fuera-de-la-red que usted pague hasta el costo del plan de los medicamentos menos el costo mas alto de:</p> <ul style="list-style-type: none">• 5% co-seguro, o• \$2.60 co-pago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$6.50 co-pago por todos los demás medicamentos. <p>Usted no será reembolsado por la diferencia entre el cobro de la Farmacia Fuera de la Red y la cantidad que es permitida por el plan Dentro de la Red.</p>	

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
28. Servicios de la Vista	<p>0% o 20% co-seguro por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de los ojos.</p> <p>Exámenes de la vista de rutina suplementales y anteojos no son cubiertos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p> <p>Examen de detección de glaucoma anual esta cubierto para personas en alto riesgo.</p>

Resumen de Beneficios

CATEGORÍA DE BENEFICIOS	MEDICARE ORIGINAL
29. Artículos Sin Receta	No esta cubierto.
30. Transportación (Rutinario)	No esta cubierto.
31. Acupuntura	No esta cubierto.

Sección II

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN HMO LA, Parcial de Orange, Parcial de SB	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP LA, Parcial de SB
<p>General</p> <p>Favor de visitar nuestro sitio Web del plan para ver nuestra lista de artículos Sin Receta cubiertos.</p> <p>Los artículos Sin Receta solo pueden ser comprados para el inscrito.</p> <p>Favor de ponerse en contacto con el plan para recibir instrucciones específicas hacia como usar este beneficio.</p>	<p>General</p> <p>Favor de visitar nuestro sitio Web del plan para ver nuestra lista de artículos Sin Receta cubiertos.</p> <p>Los artículos Sin Receta solo pueden ser comprados para el inscrito.</p> <p>Favor de ponerse en contacto con el plan para recibir instrucciones específicas hacia como usar este beneficio.</p>
<p>En-la-Red</p> <p>Este plan no cubre transportación de rutina suplemental.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago hasta 40 viajes sencillos a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$10 co-pago por visita, hasta 6 visitas cada año.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>En-la-Red</p> <p>\$0 co-pago por visita, hasta 24 visitas cada año.</p>

Información Adicional

Declaración Escrita Comprensiva para Miembros Prospectivos

ESTADO DE CALIFORNIA PROGRAMA DE MEDICAID (MEDI-CAL) BENEFICIOS CUBIERTOS PARA LOS BENEFICIARIOS CON (MEDICARE Y MEDICAID)

Los beneficiarios que califican para Medicare y Medi-Cal se les llama elegible doble. Como un beneficiario que es elegible doble, usted es elegible para beneficios que no son cubiertos bajo Medicare Original. La siguiente tabla describe los beneficios de Medi-Cal que son disponibles a usted así como cualquier beneficio similar bajo Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP).

Elegible Doble

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
1. Servicios de la Hospitalización	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de la Hospitalización, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
2. Servicios del Hospital Para El Paciente Externo	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios del Hospital para el Paciente Externo, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
3. Servicios de la Clínica de Salud Rural	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
4. Servicios en el Centro de Salud Calificados Federalmente	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
5. Servicios de Laboratorio	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Laboratorio, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
6. Rayos-X	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Rayos-X, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Información Adicional

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
7. Cuidado en un Establecimiento de Cuidado Medico Continuo para personas mayores de 21 años – Cuidado sub-agudo	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para el Cuidado en un Establecimiento de Cuidado Medico Continuo, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
8. Cuidado en un Establecimiento de Cuidado Medico de Pediatría para personas menores de 21 años – Servicios sub-agudos (Examen de prevención pronto y periódica, diagnosis, y servicios suplemental de tratamiento)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para el Cuidado en un Establecimiento de Cuidado Medico de Pediatría, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
9. Servicios y Suplementos para el Planeo de Familia	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
10. Servicios de Proveedor	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Proveedor, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
11. Servicios Dentales de Cirugía y Médicos	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios Dentales de Cirugía y Médicos, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Elegible Doble

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
12. Servicios de Oftalmólogo	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Oftalmólogo, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
13. Servicios de Podiatría*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios de Podiatría cubiertos por Medicare limitado al cuidado de los pies que es médicamente necesario.
14. Servicios de Optometría*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por un examen de la vista de rutina cada año. Si usted agota su cobertura de Medicare para los servicios de Optometría, usted paga \$0 por los servicios de Optometría cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
15. Servicios de Quiropráctico*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios Quiroprácticos cubiertos por Medicare.
16. Servicios de Psicólogo*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por cada visita de terapia individual o grupo cubierta por Medicare.
17. Servicios de Anestesia por la Enfermera	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Anestesia por la Enfermera, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Elegible Doble

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
22. Comida Ingerida por un Tubo de Comida	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para la Comida Ingerida por un Tubo de Comida, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
23. Servicios de Acupuntura*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por hasta 24 visitas de acupuntura cada año.
24. Servicios de Partera Licenciada	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
25. Servicios Médicos Caseros por una agencia medica casera (incluyendo servicios de enfermera y ayudante medico casero, terapia física y ocupacional, servicios de patológicos y audiológicos del habla, enfermería intermitente, cuidado de ayuda medica casera, suplementos médicos, equipo y aparatos domésticos)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios Médicos Caseros, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
26. Servicios de Terapia Física y Servicios Relacionados	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Terapia Física, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
27. Establecimiento de Rehabilitación	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para el Establecimiento de Rehabilitación, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Elegible Doble

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
31. Terapia Ocupacional	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para la Terapia Ocupacional, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal
32. Patología del Habla / Terapia del Habla*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios de Patología del Habla / Terapia del Habla.
33. Servicios Audiólogos*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	<p>Usted paga \$0 por exámenes Diagnósticos Audiólogos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por un examen auditivo de rutina cada año.</p> <p>Usted paga \$0 por un Artículo Auditivo y una evaluación para medirse el Artículo Auditivo a su oído cada año.</p>
34. Servicios Farmacéuticos y Medicamentos Recetados	\$0 co-pago por los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare	<p>Usted esta cubierto hasta \$25 cada mes para medicamentos selectos sin receta medica.</p> <p>Usted paga \$50 por cada suplemento de un mes de medicamentos para la disfunción eréctil. Usted esta cubierto hasta \$150 que es basado en el costo al Plan de los medicamentos para la disfunción eréctil.</p> <p>Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos por Medi-Cal excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.</p>

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
35. Dentadura*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios de Dentadura Limitaciones y exclusiones aplican. Para más información, refiérase al Directorio Dental.
36. Aparatos Prótesis (Aparatos de Ortopedia) Prótesis de Ojos	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Aparatos Prótesis, usted paga \$0 por los artículos cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
37. Anteojos, otros Aparatos para el Ojo*	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted esta cubierto hasta \$300 por un par de anteojos (marco y lentes) o lentes de contacto cada año. Usted puede ascender sus anteojos por solo pagar la diferencia adicional arriba del límite de cobertura de \$300.
38. Programa de Servicios Perinatal Comprensivos (Servicios preventivos)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
39. Centro Diurno de Salud para Adultos	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
40. Servicios de Diálisis Crónico	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Diálisis, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Información Adicional

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
46. Servicios Relacionados con la Tuberculosis	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios Relacionados con la Tuberculosis, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
47. Cuidado Respiratorio para Pacientes que Dependen del Respiratorio Artificial	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para el Cuidado Respiratorio, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
48. Proveedor de Servicios de Enfermería Familiar	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para el Proveedor de Servicios de Enfermería Familiar, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
49. Cuidado del Hogar y la Comunidad para personas mayor-es Incapacitadas que pueden funcionar (Renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
50. Arreglos para Vivir Soportados por la Comunidad (Renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
51. Servicios de Cuidado Personal	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios de Cuidado Personal, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

Información Adicional

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID (MEDI-CAL)	CENTRAL HEALTH MEDI-MEDI PLAN HMO SNP
56. Servicios para Mujeres Embarazadas que tratan una condición que tal vez sea de impacto para la mujer y/o el bebe (No esta escrito específicamente como un beneficio pero es una provisión mandatoria bajo los regulaciones federales)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Si usted agota su cobertura de Medicare para los Servicios para Mujeres Embarazadas, usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
57. Servicios de Consejería para el Matrimonio y la Familia (Examen de prevención pronto y periódica, diagnosis, y servicios de tratamiento y renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
58. Servicios de Trabajador Social Clínico Licenciado (Examen de prevención pronto y periódica, diagnosis, y servicios de tratamiento y renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
59. Gestión de Casos (Examen de prevención pronto y periódica, diagnosis, y servicios de tratamiento y renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.
60. Servicios de Agencia de Enfermeras Privadas (Examen de prevención pronto y periódica, diagnosis, y servicios de tratamiento y renuncia solamente)	\$0 co-pago por servicios cubiertos por Medicaid	Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medi-Cal siempre y cuando usted este cubierto completamente por Medi-Cal.

1540 Bridgegate Drive, Diamond Bar, CA 91765

Linea Gratuita: 1-866-314-2427 TTY/TDD: 1-888-205-7671

www.centralhealthplan.com



CENTRAL HEALTH
MEDICARE PLAN HMO